

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 avril 2026

Composition : M. NEU, président  
M. Oppikofer et Mme Glas, assesseurs  
Greffier : M. Frattolillo

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à Q\*\*\*, recourante, représentée par Me Audrey Gohl, avocate à Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD**, à Vevey, intimé.

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 3, 16 et 45 al. 3 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1, 28a, 28b et 29 al. 1 LAI ; 26<sup>bis</sup> al. 3 et 49 al. 2 RAI**

**En fait :**

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en \*\*\* et mère de deux enfants nés en \*\*\* et \*\*\*, a travaillé principalement comme sommelière à un taux de 100 % jusqu'en 2020, et à 80 % depuis, au restaurant C. \_\_\_\_\_ à R\*\*\*.

Le 23 février 2022, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) dans laquelle elle a exposée avoir été en incapacité de travail à 100 % du 1<sup>er</sup> septembre 2021 au 14 février 2022 et à 50 % dès le 14 février 2022, en raison de quatre hernies discales cervicales, de deux hernies discales lombaires et d'arthrose.

Dans un questionnaire de détermination du statut du 29 mars 2022, l'assurée a indiqué qu'elle travaillerait à 100 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

Dans le cadre de l'instruction, l'OAI a reçu le dossier de la Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA (ci-après : la Vaudoise), l'assureur perte de gain de l'assurée, contenant notamment les documents suivants :

- un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne cervicale du 1<sup>er</sup> novembre 2021, par lequel le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a conclu ce qui suit :

« Discopathies dégénératives étagées avec saillies disco-ostéophytaires étagées (cf. commentaires). Rétrécissement de plusieurs trous de conjugaison des deux côtés (cf. commentaires). Pas de retrécissement (sic) du canal spinal. Epanchement facettaire gauche C3-C4. » ;

- des rapports des 11 décembre 2021 et 26 janvier 2022, par lesquels le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et médecin traitant, a diagnostiqué chez l'assurée une cervicalgie sur troubles mixtes de la

colonne cervicale et expliqué que la fatigue de sa patiente était due aux douleurs cervicales et aux perturbations du sommeil ;

- un courrier du 8 février 2022 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de la Vaudoise, communiquant au Dr F.\_\_\_\_\_ une proposition de reprise progressive à 50 % du 14 février au 9 mars et une reprise à 100 % dès le 10 mars 2022.

Dans un questionnaire pour l'employeur du 17 mai 2022, le restaurant C.\_\_\_\_\_ a notamment indiqué que les tâches de l'assurée comprenaient « rarement » le remplissage des frigos et le déplacement des caisses de boissons et « souvent » le service, le port de plateaux lourds et la tenue des boissons derrière le bar. Au niveau des exigences physiques, l'activité de l'intéressée impliquait de souvent marcher, rester debout et de soulever ou porter des charges légères et moyennes jusqu'à 25 kg. Il a également noté qu'il n'y avait pas de possibilité de placement au sein de son entreprise.

Du 13 mai au 19 août 2022, l'assurée a bénéficié d'une mesure auprès d'U.\_\_\_\_\_ comprenant un entretien d'évaluation et un suivi de reprise de l'activité habituelle. Dans un rapport du 31 août 2022, la coach et conseillère en emploi d'U.\_\_\_\_\_ a expliqué que la mesure était initialement censée durer jusqu'au 30 septembre 2022, mais qu'en raison d'un état de santé péjoré et très instable, elle avait officiellement été abandonnée le 19 août 2022, sans que l'assurée ne soit prête à la recherche d'emploi. Un rapport de physiothérapie du 23 mai 2022 était joint au bilan d'U.\_\_\_\_\_, concluant notamment ce qui suit :

« La candidate a accepté de faire les tests jusqu'au bout de ses limites.

- A l'heure actuelle, l'évaluation de l'état de santé de Madame B.\_\_\_\_\_ met en évidence une incapacité à :
  - o Porter plus de 5 kg sans douleur
  - o Travailler avec les mains au-delà de la hauteur des yeux
  - o Tenir la position accroupie ou l'effectuer répétitivement avec du port de charge
  - o Effectuer des travaux de manutention lourde ou physiquement pénible
  - o Conduire (pas de permis)
- Madame B.\_\_\_\_\_ est actuellement capable de :

- o Soulever à l'horizontal avec 2 mains
  - Exceptionnellement : 5 kg
  - Occasionnellement : 2.5 kg
  - Régulièrement : Moins de 2.5 kg
- o Soulever du sol à la hauteur de la taille
  - Exceptionnellement : Moins de 5 kg
  - Occasionnellement : 2.5 kg
  - Régulièrement : Moins de 2.5 kg
- o Soulever du bassin à la hauteur des épaules
  - Exceptionnellement : 1-2 kg
  - Occasionnellement : Non
- o Alternier les positions assise, debout et accroupie dans le respect des symptômes et des principes d'ergonomie
- o Marcher sans port de charge sans limitation majeure
- o Utiliser les escaliers sans port de charge sans limitation majeure
- o Travailler exceptionnellement avec les mains jusqu'à la hauteur du visage sans port de charge associé
- Au vu de ces conclusions, nous ne voyons pas de contre-indication à la poursuite d'une mesure de réinsertion professionnelle dans un emploi adapté aux capacités de Madame B.\_\_\_\_\_. »

Par courrier du 5 septembre 2022, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'il considérait qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place d'autres mesures de réadaptation.

Dans un rapport du 24 septembre 2022, le Dr F.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'arthrose et protrusions discales lombaires évoluant depuis 2007 et d'arthrose avec paresthésies et syndrome cervical douloureux évoluant depuis plusieurs années. Il a considéré que l'assurée était limitée dans des activités physiques, totalement incapable de travailler dans son activité habituelle et capable de 50 à 100 % dans une activité adaptée en fonction de l'évolution des thérapies. Il a notamment joint à son rapport les documents suivants :

- un rapport d'IRM lombaire du 18 janvier 2007, dans lequel la Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a conclu à une protrusion discale postéromédiane paramédiane gauche légèrement sténosante en L4-L5 ;
- un rapport d'IRM cervicale du 22 janvier 2007, dans lequel la Dre K.\_\_\_\_\_ a conclu ce qui suit :

« Il s'agit essentiellement d'une cervicarthrose rétrécissant légèrement le canal cervical de C3-C4 à C5-C6 et le rétrécissant plus fortement en C6-C7.

Protrusion discale postéromédiane légèrement sténosante en C5-C6.  
Protrusion discale postéromédiane paramédiane gauche légèrement sténosante en C6-C7.  
Uncarthrose rétrécissant fortement les trous de conjugaison droit et gauche en C6-C7 et le trou de conjugaison gauche en C7-D1. » ;

- un rapport d'IRM des sacro-iliaques du 29 octobre 2012, dans lequel le Dr A. \_\_\_\_\_ a constaté des discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1 ;
- un rapport d'IRM de la colonne lombaire et du bassin du 25 mars 2014, dans lequel le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a retenu des discopathies L4-L5 et L5-S1, sans conflit de racine clairement individualisé associées à des altérations du signal osseux sous-chondral adjacent traduisant le caractère mixte aigu et chronique du remaniement à ce niveau et une périarthropathie de hanche bilatérale plus marquée du côté gauche ;
- un courriel du 20 mai 2022 du Dr F. \_\_\_\_\_, expliquant que l'assurée avait subi plusieurs blocs facettaires des articulations cervicales C3-C4-C5-C6-C7 et deux blocs du nerf grand occipital gauche et droit au M. \_\_\_\_\_ du 14 décembre 2021 au 24 mars 2022 ;
- un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 12 septembre 2022, par lequel le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie a conclu à un bombement discal accompagnant une uncodiscarthrose C3-C4 à peine plus marquée et responsable d'une légère augmentation du rétrécissement foraminaux du côté gauche, et à une persistance d'une arthrose facettaire C3-C4 gauche inflammatoire.

Dans un rapport du 5 janvier 2023, le Dr F. \_\_\_\_\_ a confirmé ses diagnostics du 24 septembre 2022 et a retenu que l'assurée était limitée dans toutes les activités qui demandent des efforts sur la nuque et les épaules, dans les mouvements répétitifs de la ceinture scapulaire et dans les mouvements au-dessus de 60° d'élévation. Il a également considéré que la capacité de travail était nulle à long terme dans l'activité habituelle et qu'il était probable qu'elle atteigne 50 % au minimum dans une activité adaptée.

Dans le cadre de l'instruction, l'OAI a reçu un courrier du 26 janvier 2023 du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de la Vaudoise, destiné au Dr F.\_\_\_\_\_ et indiquant que l'assurée disposait d'une capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité permettant une alternance des positions assise et debout, sans limitation du périmètre de marche, sans port de charge de plus de 2,5 kg et sans port de charge ni de travaux au-dessus de l'horizontale.

Dans un rapport du 23 mars 2023, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de cervicalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs avec cyphose cervicale et lombalgies chroniques. Il a également estimé qu'une reprise professionnelle dans la restauration était impossible et qu'il fallait limiter le port de charge au niveau des membres supérieurs à quelques kg (2-3 max), mais surtout, au vu des douleurs lombaires, préconiser un métier où les changements de position étaient fréquents et sans port de charge.

Par courrier du 6 avril 2023, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'il prenait en charge les coûts pour un examen approfondi des professions possibles effectué auprès d'E.\_\_\_\_\_ à R\*\*\* à un taux de présence de 50 %.

Le 26 avril 2023, le Dr F.\_\_\_\_\_ a attesté que sa patiente ne pouvait pas travailler à un taux supérieur à 40 % pour une durée de trois mois.

Faisant suite à un entretien du 2 mai 2023 avec plusieurs maîtresses socio-professionnelles d'E.\_\_\_\_\_ concernant les difficultés et l'incapacité de travail de l'intéressée, l'OAI a communiqué à l'assurée le 8 mai 2023 qu'il interrompait la mesure et le versement des indemnités journalières pour le jour-même.

Dans un rapport d'orientation professionnelle du 15 mai 2023, le centre de formation E. \_\_\_\_\_ a conclu ce qui suit :

« Mme B. \_\_\_\_\_ s'est montrée impliquée dans son travail dès ses débuts dans notre atelier bureau-commerce. Nous avons constaté qu'elle dispose de bonnes compétences sociales et relationnelles, ce qui a rendu la collaboration aisée autant avec les collègues que les encadrants. De plus, elle connaît très bien les codes professionnels qui sont attendus et les applique avec facilité, probablement grâce à sa longue expérience sur le premier marché de l'emploi. Nous avons également observé une bonne résistance psychique chez Mme B. \_\_\_\_\_. En effet, malgré ses douleurs importantes et constantes au dos, elle est parvenue à se concentrer sur ses tâches et s'est présentée chaque matin à son poste de bonne humeur.

Cependant, ses douleurs physiques ont été omniprésentes depuis le début de sa mesure et semblent s'être amplifiées au fil des jours. Mme B. \_\_\_\_\_ nous a fréquemment signalé ses douleurs et a dû s'absenter chaque jour aux alentours de 11h, ne pouvant ainsi pas tenir son taux initialement prévu de 50%. De plus, malgré son implication, de nombreuses erreurs ont été relevées dans les activités effectuées dans notre atelier bureau-commerce, probablement en raison de ses lacunes en français. Par ailleurs, nous avons également constaté qu'il y a parfois un décalage entre la perception de son niveau en français à l'écrit et la réalité des faits. Ces éléments nous font donc douter de la pertinence de ce domaine en vue d'une future réorientation.

Au vu des éléments précités et selon notre échange par mail du 4 mai 2023 avec votre office, il a été convenu d'interrompre la mesure le 8 mai 2023 afin de préserver l'état de santé de l'assurée. »

Le 8 juin 2023, le Dr F. \_\_\_\_\_ a attesté que l'assurée pouvait travailler à 40 % à long terme dans un métier respectant ses limitations fonctionnelles et a évoqué une possible augmentation de 10 à 20 % dans les 9 à 12 mois, selon l'évolution de ses pathologies et des thérapies. Il a précisé qu'elle était en incapacité à 100 % dans son métier actuel.

Dans un avis médical du 23 juin 2023, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a admis la capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, mais a estimé qu'il était trop tôt pour se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée et a proposé la poursuite de l'instruction.

Dans un rapport du 9 septembre 2023, le Dr F. \_\_\_\_\_ a retenu des cervicalgies chroniques et des lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs multi-étagés avec composante mixte. Dans ce cadre, sa patiente suivait des traitements à base d'anti-inflammatoires non-

stéroïdiens, de myorelaxant, de physiothérapie, de perfusion de magnésium et d'acupuncture, portait une ceinture lombaire et était suivie au centre de la douleur et sur le plan psychique. Elle était limitée dans les mouvements répétitifs du haut du corps, dans le port de charge, dans les positions en porte-à-faux et dans les positions statiques prolongées. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a confirmé la capacité de travail à 40 % à long terme dans une activité adaptée.

Dans un avis du 9 novembre 2023, le SMR a estimé que la situation n'était pas assez détaillée pour statuer en faveur d'une capacité de travail diminuée de manière significative et durable dans une activité adaptée et a préconisé la mise en place d'un examen SMR ou d'une expertise bidisciplinaire en rhumatologie ou médecine physique et psychiatrie. Cet examen a eu lieu le 8 janvier 2024.

Dans un rapport d'examen clinique de médecine physique, réadaptation et psychiatrie du 23 janvier 2024 du SMR, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé comme diagnostic principal avec répercussion durable sur la capacité de travail des cervicalgies chroniques dans le cadre de discopathies étagées prédominant en C3-C4 avec, à cet étage, un léger antélisthesis de C3 sur C4 sur arthrose postérieure et MODIC de type 1. Comme diagnostics associés, ils ont retenu des lombalgies chroniques dans le cadre de discopathies L4-L5 et L5-S1 et, comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont relevé une périarthropathie de hanche bilatérale. Sur le plan psychiatrique, les médecins du SMR n'ont pas constaté de troubles chez l'assurée. Ils ont conclu leur rapport en donnant l'appréciation suivante :

« *Sur le plan rhumatologique, l'assurée signale souffrir de douleurs lombaires depuis l'âge de 26 ans. Elle a eu de nombreuses injections de cortisone qui sont restées sans effet. Plus les années passent, plus les douleurs lombaires augmentent. Actuellement, les douleurs lombaires sont permanentes à 5/10 jusqu'à 9/10. Les fortes douleurs surviennent lors de faux- mouvement et ressemblent à des coups de couteau dans le dos. Les fortes douleurs durent généralement 30 minutes. Si elles persistent, l'assurée se rend chez son MT [médecin traitant], qui effectue une piqûre.*

En janvier 2021, est apparue une douleur du muscle trapèze D en portant un sac en bandoulière. Les douleurs sont même plus fortes du côté G. Les douleurs remontent à la tête jusqu'à hauteur des oreilles. Les douleurs ressemblent à une pression exercée sur la nuque. Ce sont actuellement les douleurs de la nuque qui gênent le plus l'assurée. Les douleurs fluctuent de 6/10 à 10/10.

L'assurée ne signale pas d'autre douleur. La nuit, elle a de la peine à trouver une bonne position. Elle est réveillée habituellement à 05h00 par les douleurs de la nuque. Il n'y a pas de dérouillage au lever. L'assurée décrit des douleurs plutôt mécaniques.

A l'examen clinique, l'assurée marche d'un pas normal à plat et dans les escaliers. Les marches sur les talons et la pointe des pieds sont réussies. L'accroupissement est profond. L'appui monopodal est tenu ddc [des deux côtés]. La position assise est maintenue durant les 41 minutes de l'entretien, sans manifestation algique. Lors de l'entretien avec le psychiatre, l'assurée se lève un bref moment au bout de 1 heure pour se soulager de douleurs lombaires. Le déshabillage et le rhabillage s'effectuent de manière fluide.

Lors de la palpation, l'assurée signale des douleurs à la partie horizontale des trapèzes. En décubitus ventral, elle signale des douleurs au sommet de la cyphose dorsale et à la partie haute de la région lombaire. Au niveau cervical, il y a une diminution de la mobilité dans tous les axes dans le cadre de douleurs. Les amplitudes maximales ne sont pas évaluables en raison des autolimitations. Au niveau lombaire, les amplitudes articulaires sont conservées, à l'exception des rotations (douleurs latéro-thoraciques). Il n'y a pas de radiculopathie irritative ni déficitaire.

Les articulations périphériques ne présentent pas de signe inflammatoire. Aux épaules, l'assurée signale de légères douleurs en regard des omoplates lors de la rotation interne maximale. L'examen des coudes, des poignets et des mains est sp [sans plainte]. Aux hanches, l'assurée signale des douleurs latérales (péri-trochantériennes) lors des flexions et des rotations. L'examen des genoux, des chevilles et des pieds est sp.

Sur le plan radiologique, le rapport de l'IRM lombaire du 18.01.2007 montre un début d'atteinte dégénérative en L4-L5 avec une protrusion discale postéro-médiane et paramédiane G.

Le rapport de l'IRM cervicale du 22.01.2007 décrit des atteintes dégénératives plus avancées qu'au niveau lombaire avec des ostéophytes postérieurs étagés, une uncarthrose C6-C7 rétrécissant les trous de conjugaison ddc et C7-D1 rétrécissant le trou de conjugaison G.

Le rapport de l'IRM des sacro-iliaques du 29.10.2012 décrit des atteintes inflammatoires évoquant une sacro-iliite.

Le rapport de l'IRM de la colonne lombaire et du bassin du 25.03.2014 décrit des discopathies en L4-L5 et L5-S1 sans conflit radiculaire, une périarthropathie de hanche bilatérale.

L'IRM de la colonne cervicale du 01.11.2021 montre une accentuation de l'atteinte dégénérative avec des protrusions disco-ostéophytaires

étagées, un léger antélisthesis de 03 sur 04 sur arthrose postérieure, un œdème des plateaux vertébraux de type MODIC 1, un épanchement facettaire G C3-C4.

L'IRM de la colonne cervicale du 12.09.2022 montre une discrète progression de la protrusion discale en C3-C4. Il y a un discret œdème des plateaux vertébraux en C6-C7.

L'assurée déclare être actuellement davantage gênée par les douleurs cervicales que lombaires. Selon les bilans radiologiques, c'est effectivement au niveau cervical que l'atteinte dégénérative est la plus avancée. Les douleurs décrites par l'assurée sont davantage de type mécanique. Toutefois, les réveils réguliers à 05h00 peuvent correspondre à une composante inflammatoire. Le rapport de l'IRM des sacro-iliaques du 29.10.2012 conclut à une sacro-iliite. En l'absence de rapport rhumatologique et de l'évocation d'un traitement spécifique, nous avons contacté le Dr F. \_\_\_\_\_. Le MT indique que les bilans rhumatologiques effectués il y a plusieurs années en arrière n'ont pas conclu à la présence d'un rhumatisme inflammatoire.

Suivant notre proposition, le Dr F. \_\_\_\_\_ est favorable à un test diagnostique par l'introduction de Méthotrexate 5 mg/semaine, associé à de l'acide folique. Il propose également de refaire un bilan rhumatologique.

Indépendamment de la présence d'un rhumatisme inflammatoire, l'atteinte dégénérative cervicale et lombaire, associée à des douleurs chroniques, justifient des mesures d'épargne du rachis.

Concernant la périarthrite des hanches, l'assurée signale des douleurs lors des flexions maximales, des rotations. Il n'y a pas de douleur lors de la marche à plat et dans les escaliers, de l'appui monopodal, de l'accroupissement. La périarthrite décrite sur l'IRM du 25.03.2014 n'est pas incapacitante.

Malgré une cotation élevée des douleurs, l'assurée maintient des ressources physiques. Elle assume une grande partie du ménage et n'est aidée que pour les activités nécessitant de se baisser ou de porter des charges au-delà de 4 kg. Pour nettoyer les WC et la baignoire, elle a développé une technique en se mettant à genoux. L'assurée fait les petites commissions. Pour les grandes emplettes, elle accompagne son mari ou son fils. L'assurée maintient un réseau d'amis et un réseau familial. Elle se rend 1 x/année en Y\*\*\* en avion. Le trajet dure 1 heure 20. L'assurée dit ne pas avoir besoin de se lever durant le trajet. Elle se rend également 1 x/année au G\*\*\*. Elle a plusieurs activités de loisirs : peinture (30 minutes le matin, 30 minutes le soir), l'entretien de fleurs, l'écriture, marche de 1 heure, activité de fitness à domicile. Elle s'occupe également de ses chats.

Nous constatons que l'assurée a une cotation élevée de ses douleurs. Elle déclare ne plus pouvoir travailler au-delà d'un taux de 20 %. Lors de l'examen de ce jour, elle indique que les douleurs cervicales et lombaires sont à 8/10. Nous notons toutefois que la thymie n'exprime pas la souffrance et que l'assurée n'est pas entravée dans ses mouvements spontanés.

La dernière activité de serveuse dans un restaurant n'est plus exigible car les contraintes mécaniques au niveau cervical et lombaire sont trop importantes. Dans une activité épargnant la colonne cervicale et lombaire, nous considérons que l'IT [incapacité de travail] est de 25 %. Des pauses supplémentaires sont justifiées pour effectuer notamment des mouvements de détente musculaire.

L'échec des mesures professionnelles entreprises chez E. \_\_\_\_\_ est vraisemblablement dû à des postures trop statiques pour la nuque. De plus, des facteurs non médicaux (nombreuses erreurs relevées dans les activités probablement en raison de lacunes en français) ont certainement contribué à l'échec de la mesure (cf. rapport de M. O. \_\_\_\_\_, Mme S. \_\_\_\_\_, Mme T. \_\_\_\_\_ du 15.05.2023).

En se basant sur les RM [rapports médicaux] à disposition, l'IT en tant que sommelière est de 100 % à partir de septembre 2021 (cf. rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ du 23.03.2023), de 50 % depuis le 14.02.2022 et 100 % depuis le 17.08.2022 (cf. rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 24.09.2022). L'IT est ensuite restée à ce taux. Dans une activité adaptée, l'IT est de 25 % depuis septembre 2021. Au vu de l'examen rassurant de ce jour et des nombreuses activités quotidiennes de l'assurée, nous ne retenons pas une IT de 50 % ou de 60 %, telle que mentionnée par le Dr F. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 05.01.2023, du 09.09.2023).

*Sur le plan psychiatrique*, il s'agit d'une assurée de 51 ans d'origine serbe, naturalisée suisse, sans formation reconnue en Suisse, ayant exercé comme dernière activité le métier de sommelière à 100 %, mariée, deux enfants, qui dépose une 1<sup>ère</sup> demande de réadaptation/rente en date du 17.02.2022 dans un contexte de douleurs lombaires et cervicales chroniques.

En ce qui concerne les éléments significatifs de chaque anamnèse, il est à noter l'absence de suivi psychologique et psychiatrique, la prise d'un anxiolytique à visée sédatrice et myorelaxante le soir, dans un contexte de douleurs cervicales avec hernies. Il est à noter une accumulation de facteurs de stress avec le décès du père en septembre 2020, suivi du décès d'une amie, suivi du décès d'un oncle, tout ceci avec l'apparition de douleurs cervicales dont l'origine n'a pas été explorée dans un premier temps. Malgré le mal-être allégué par l'assurée dans le contexte de ces décès, celle-ci n'a pas interrompu son activité professionnelle. L'assurée se plaint principalement de douleurs. En ce qui concerne ses attentes vis-à-vis de l'AI, elle ne se sent pas capable de reprendre une activité professionnelle.

Nous ne retenons pas de diagnostic psychiatrique. Les douleurs présentées par l'assurée peuvent entièrement s'expliquer par les atteintes à la santé physique.

Les éléments recueillis dans le contexte psychosocial et la vie quotidienne nous permettent de constater que les ressources disponibles ou mobilisables de l'assurée, ainsi que l'autonomie dans la vie quotidienne sont globalement conservées. L'assurée a un bon niveau d'expression et de compréhension en français, a de bonnes aptitudes à la communication. Elle n'a pas le permis de conduire, mais est capable de prendre tous les transports publics et de se déplacer à

piéd. Elle a un mari avec qui elle a une relation soutenante, ainsi qu'avec ses deux fils. Elle a par ailleurs beaucoup de famille en Y\*\*\*, qu'elle voit au moins 1 x/an, ainsi que des cousins en Suisse. Il y a une préservation de son réseau amical. Elle est satisfaite du logement dans lequel elle vit avec son mari et un de ses fils. Elle a l'opportunité d'aller au moins 1 x/an au G\*\*\* où elle possède avec son mari un appartement pour y passer des moments agréables, notamment dans des bains thermaux. Il n'y a pas eu de facteur de stress significatif durant son enfance et adolescence. Elle est capable d'avoir des rythmes veille/sommeil réguliers, de prendre soin de son hygiène corporelle, de préparer régulièrement des repas pour elle, son mari et son fils. L'assurée assure la quasi-totalité du ménage avec certaines limitations, notamment pour passer l'aspirateur sur des zones basses, porter la lessive mouillée ou repasser de façon continue, ainsi que s'occuper de la vaisselle. Elle est capable de faire des courses régulièrement, aidée par son mari ou son fils quand il y a des charges lourdes à porter. Elle prend plaisir à s'occuper de ses fleurs et de ses chats, à lire, écrire, faire de la peinture, du dessin, du petit bricolage, faire de l'activité physique légère à son domicile.

Au total, sur le plan psychiatrique, on doit considérer qu'il n'y a pas eu de période d'IT prolongée dans la mesure où il n'a pas été possible d'identifier d'atteinte à la santé psychiatrique durablement incapacitante.

Il n'y a pas lieu de se prononcer sur le traitement *lege artis*, la coopération de l'assurée et les options thérapeutiques disponibles, le pronostic et l'aptitude à suivre des MR [mesures de réadaptation] en l'absence de diagnostic durablement incapacitant.

Il est à noter un certain nombre de divergences entre les symptômes, le comportement et les activités quotidiennes. En effet, l'assurée s'est plaint (sic) à un moment d'avoir « la tête qui va exploser », du fait de ses douleurs, mais qui était en décalage avec son attitude qui était calme à ce moment de l'examen. Elle a par ailleurs indiqué qu'elle se levait régulièrement à 05h00, puis a indiqué, lors de l'analyse de la journée type, se lever à 06h00. Elle a indiqué parfois se coucher vers 01h00 en mentionnant des difficultés d'endormissement, puis a indiqué s'endormir entre 40 minutes et 1 heure après la prise du Xanax®. Elle a indiqué ne pas pouvoir rester assise plus de 1 heure. Pourtant, elle est capable de faire des trajets en avion entre la Suisse et la Y\*\*\* assise, sans se lever, sur des durées dépassant 1 heure. Ces divergences peuvent vraisemblablement s'expliquer par certains traits histrioniques que présente la patiente, notamment la dramatisation.

### **Limitations fonctionnelles**

*Sur le plan rhumatologique*, port de charges répétitif au-delà de 4 kg, posture en porte-à-faux lombaire, posture statique de la colonne lombaire et de la colonne cervicale, nécessité de changer de position assise/debout au moins 1 x/heure, activité prolongée au-dessus de l'horizontale, mouvements répétitifs de rotation ou flexion-extension de la colonne cervicale ou lombaire. Il y a lieu de favoriser les activités permettant de petits déplacements.

*Sur le plan psychiatrique*, il n'y a pas de LF.

**Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?**

*Sur le plan rhumatologique, il y a une IT de 100 % dans l'activité de sommelière depuis septembre 2021 et de 25 % dans une activité adaptée.*

*Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas d'IT durable.*

**Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ?**

*Sur le plan rhumatologique, l'IT est de 50 % dans l'activité de sommelière depuis le 14.02.2022, puis à nouveau à 100 % depuis le 17.08.2022 et reste à ce taux. Dans une activité adaptée, l'IT reste à 25 % depuis septembre 2021.*

*Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas d'IT durable.*

**Date du début de l'aptitude à suivre/ à s'investir une mesure de réadaptation**

*Sur le plan rhumatologique, il n'y a pas d'empêchement durable à des mesures de réadaptation, mais à un taux de 75 % dans une activité adaptée depuis septembre 2021.*

*Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas d'inaptitude à suivre une MR.*

**Pronostic**

*Sur le plan rhumatologique, la forte cotation des douleurs faite par l'assurée et sa faible estimation de sa CT (20 %) sont de mauvais pronostic.*

Il est habituel que les atteintes dégénératives s'accroissent au cours des années.

*Sur le plan psychiatrique, le pronostic est bon. »*

Par projet de décision du 5 mars 2024, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations au motif que son degré d'invalidité pour l'année 2023 s'élevait à 32,18 % et pour l'année 2024 à 38,96 %, à savoir un taux insuffisant pour ouvrir un droit à la rente d'invalidité.

Par courrier du 15 avril 2024, l'assurée a formulé des observations à l'encontre du projet de décision précité. En substance, elle a estimé que son état de santé s'était encore dégradé et a demandé à pouvoir bénéficier d'une réadaptation professionnelle. Elle a joint à son envoi un

rapport d'IRM de la colonne vertébrale du 12 mars 2024, dans lequel le Dr L.\_\_\_\_\_ a retenu des discopathies et altérations dégénératives osseuses étagées, prédominantes entre les vertèbres C3-C4 et C6-C7, en progression de part et d'autre du disque C5-C6, sténosant les trous de conjugaison à plusieurs niveaux, à l'origine d'une possible irritation des racines nerveuses C3, C4 et C5 gauches, C6 et C7 bilatéralement dans leur trajet intra-foraminal.

Dans un courrier du 8 mai 2024, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie au M.\_\_\_\_\_, a indiqué au Dr F.\_\_\_\_\_ que les blocs facettaires et les blocs du nerf grand occipital devaient être considérés comme des mesures palliatives et qu'il ne pensait pas que cela pouvait, sur le long terme, suffisamment améliorer l'état de l'assurée et ainsi lui permettre d'exercer une activité professionnelle.

Dans un rapport du 28 mai 2024, le Dr J.\_\_\_\_\_ a constaté que l'IRM du 12 mars 2024 avait mis en avant une légère augmentation des troubles dégénératifs, sans toutefois que cela ne justifie une prise en charge chirurgicale. Il a également estimé qu'un pourcentage de plus 50 % était impossible au vu des importantes douleurs quotidiennes de l'assurée.

Dans un rapport du 29 mai 2024, le Dr F.\_\_\_\_\_ a considéré qu'il était impossible pour sa patiente de travailler à plus de 50 %, avec une probable perte de rendement de 20-40 %.

Dans un avis du 12 juillet 2024, le SMR a relevé que la nouvelle imagerie semblait montrer une légère péjoration, mais qu'elle n'était pas manifeste sur le plan clinique. Il a également considéré que les divers médecins avaient simplement résumé leur prise en charge, sans attester d'aggravation, ou de nouvelles limitations fonctionnelles. Il n'a donc pas modifié ses conclusions.

Par décision du 15 juillet 2024, l'OAI a confirmé son projet de décision et rejeté la demande de prestations de l'assurée.

**B.** Par acte du 12 septembre 2024, B.\_\_\_\_\_, désormais représentée par Me Audrey Gohl, a interjeté recours à l'encontre de la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, sous suite de frais et dépens, à sa réforme, en ce sens qu'une rente entière est accordée à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2022, subsidiairement à son annulation et au renvoi à l'autorité intimée et plus subsidiairement à sa réforme, en ce sens que des mesures professionnelles sont accordées. En substance, elle a critiqué l'absence d'examen par un spécialiste en orthopédie et l'absence d'un abattement de 25 % dans le calcul du taux d'invalidité. Elle a également reproché à l'intimé de lui avoir dénié un droit aux mesures professionnelles en raison de son niveau de français déficitaire, alors que plusieurs documents attestaient de ses capacités. En sus d'un complément d'instruction, elle a requis la mise en place d'une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et orthopédique, pour déterminer l'ensemble des atteintes dont elle souffre.

Par réponse du 31 octobre 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a souligné que le Dr D.\_\_\_\_\_ était spécialiste en médecine physique et réadaptation et qu'il disposait des compétences nécessaires pour une évaluation circonstanciée de l'état de santé physique de la recourante. Il a également relevé qu'au vu de ses lacunes en français, de son manque de compétences et de son âge, elle ne pouvait pas viser des postes offrant de meilleures prétentions salariales que celles retenues par l'Enquête suisse la structure des salaires.

Par réplique du 16 janvier 2025, la recourante a confirmé, sous suite de frais et dépens, les conclusions prises dans son acte du 12 septembre 2024. Ayant sollicité la mise en œuvre d'une expertise orthopédique privée, réalisée par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, elle a également conclu à ce que les frais de ladite expertise (5'250 fr.) soient mis à la charge de l'intimé. Elle a produit le rapport d'expertise privée du 19 décembre 2024, dans lequel le Dr W.\_\_\_\_\_ relevait notamment ce qui suit (sic) :

## « APPRECIATION ET DISCUSSION

[...]

Le médecin traitant, le Dr F. \_\_\_\_\_ à Q\*\*\*, le médecin antalgiste, le Dr V. \_\_\_\_\_ du M. \_\_\_\_\_, ainsi que le Dr J. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste spécialiste dans la chirurgie spinale, attestent de troubles dégénératifs cervicaux étagés à l'origine de cervico-brachialgies bilatérales. Les spécialistes retiennent une IT de 50% (le Dr J. \_\_\_\_\_) à 60% ou à 100% (Dr F. \_\_\_\_\_ et Dr V. \_\_\_\_\_).

Les bilans radiologiques disponibles et en particulier les IRM cervicales du 01.11.2021, du 12.09.2022 et du 12.03.2024 montrent une progression des lésions dégénératives étagées et en particulier du listhésis de C3 sur C4, à l'origine d'une sténose des trous de conjugaison particulièrement du côté G avec irritation des racines C3, C4 et C5.

Madame a fait l'objet d'une expertise SMR en janvier 2024.

L'expert soussigné constate d'importantes différences entre les constatations de janvier 2024 et celle de l'expertise du 11.12.2024.

L'expertise SMR décrit une patiente restant confortablement assise durant les 40 minutes correspondant à l'entretien.

Lors de l'expertise récente, j'ai observé une assurée manifestement inconfortable et changeant fréquemment de position sur sa chaise. A l'examen du rachis lombaire, la distance doigts-sol obtenue par les experts SMR est chiffrée à 3cm alors qu'elle est de 36cm lors de l'examen de l'expert soussigné. Les signes de Waddell décrits comme tous négatifs en janvier 2024 sont, 11 mois plus tard, tous positifs, ce qui constitue un facteur de mauvais pronostic.

Les experts SMR n'ont pas eu à disposition la dernière IRM cervicale de mars 2024. Celle-ci souligne la progression des lésions dégénératives, par rapport à l'examen précédent de septembre 2022 avec en particulier péjoration de la lordose cervicale en C3-C4 et accentuation du listhésis de C3 sur C4. On note également une progression de la sténose des trous de conjugaison, particulièrement aux étages C3-C4 et C6-C7.

Il existe donc manifestement une péjoration de la situation médicale de l'assurée.

Les différents médecins impliqués dans la prise en charge de Mme B. \_\_\_\_\_ sont unanimes pour retenir une CT limitée à 40-50%.

Il appartient dès lors à l'OAI du canton de Vaud de réévaluer la situation médicale de l'assurée et d'étudier à nouveau la justification de l'octroi d'une rente à Mme B. \_\_\_\_\_.

## REPONSES AU QUESTIONNAIRE MEDICAL

### 1. Évaluation médicale.

**Pouvez-vous faire un résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de Mme B. \_\_\_\_\_, y compris de sa santé psychique, sociale et médicale actuelle ?**

[...]

Le médecin traitant, le Dr F. \_\_\_\_\_ à Q\*\*\* estime que la CT résiduelle de l'assurée ne dépasse pas 40%.

Le SMR demande alors une expertise bi disciplinaire rhumato-psychiatrique qui est réalisée le 08.01.2024. Les experts SMR relèvent l'augmentation des douleurs rachidiennes au fil des années et l'apparition de douleurs cervicales dès janvier 2021. On note que le rapport d'expertise mentionne une assurée demeurant assise sans signe d'inconfort pendant 40 minutes. La distance doigts-sol lors de l'examen de janvier 2024 est de 3cm et tous les tests de Waddell sont considérés comme négatifs.

Les experts retiennent une limitation pour le port de charges supérieures à 4kg, pour les activités en porte-à-faux, pour les postures statiques. Ils reconnaissent que l'activité future de l'assurée doit permettre des changements de positions lors de chaque heure travaillée. Des LF sont également retenues pour les travaux au-dessus de l'horizontale, pour les mouvements répétitifs en rotation, en flexion-extension de la colonne cervicale et de la colonne lombaire. Idéalement l'activité devrait permettre de petits déplacements. Les experts estiment que la CT de l'assurée atteint 75% et dès lors aucune rente d'invalidité n'est accordée à Mme B. \_\_\_\_\_.

Un nouveau bilan par IRM cervicale le 12.03.2024 montre une péjoration des discopathies dégénératives, particulièrement en C3-C4 et C6-C7. La sténose des trous de conjugaison est également en aggravation. Le listhésis de C3 sur C4 montre une progression préoccupante.

Les médecins traitants ayant pris en charge les symptômes de l'assurée attestent de la sévérité des troubles dégénératifs et de la CT limitée à moins de 50% de l'assurée.

Le Dr V. \_\_\_\_\_ souligne le caractère palliatif des infiltrations cervicales réalisées en 2021-2022. Il juge difficile d'améliorer suffisamment la patiente « pour qu'elle puisse retrouver une activité professionnelle ».

Le Dr J. \_\_\_\_\_ souligne également la progression des troubles dégénératifs sur l'IRM cervicale de mars 2024. Il relève un trouble statique marqué avec une cyphose régionale de C3 à C6, entité inhabituelle chez une patiente de cet âge.

L'expertise actuelle s'inscrit dans le cadre d'un recours de l'assurée contre la décision de refus de rente de la part l'AI.

**2. Quelles sont la liste et la motivation des diagnostics constatés en lien avec l'état de santé de Mme B. \_\_\_\_\_ ?**

- Discopathies cervicales étagées avec antéro-listhésis de stade I de C3 sur C4

- Protrusions discales postérieures étagées avec sténose des trous de conjugaison C3, C4 et C5 G ainsi que des niveaux C6 et C7 bilatéralement
- Discopathies lombaires étagées particulières aux niveaux L4-L5 et L5-S1

Les diagnostics susmentionnés justifient des LF pour :

- Le port de charges supérieures à 2-3kg
- Les travaux en porte-à-faux
- Les postures statiques du rachis cervical ou lombaire
- Les travaux au-dessus de l'horizontale
- Les mouvements répétitifs du rachis cervical ou lombaire en rotation, flexion-extension

On privilégiera une activité professionnelle permettant des changements de position 2x/heure et des activités permettant de courts déplacements.

### **3. En lien avec la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici :**

[...]

**- Actuellement, à quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité ou l'incapacité de travail de Mme B. \_\_\_\_\_ dans cette activité par rapport à un emploi à 100% ?**

CT : 0%  
IT : 100%

**- Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué au fil du temps ?**

La CT de l'assurée dans l'activité de sommelière est réduite à néant depuis septembre 2021 et ceci de manière définitive.

### **4. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de Mme B. \_\_\_\_\_ :**

**- Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de Mme B. \_\_\_\_\_ ?**

Une activité respectant les LF suivantes :

- Le port de charges supérieures à 2-3kg
- Les travaux en porte-à-faux
- Les postures statiques du rachis cervical ou lombaire
- Les travaux au-dessus de l'horizontale
- Les mouvements répétitifs du rachis cervical ou lombaire en rotation, flexion-extension

**- Quel serait le temps de présence maximal possible dans cette activité en heures par jour ?**

4 à 4,5 heures/jour (50%)

**- La performance de Mme B. \_\_\_\_\_ serait-elle également réduite durant ce laps de présence pour une activité de ce type ? Dans l'affirmative dans quelle mesure et pour quelle raison ?**

Non, la performance de l'assurée ne serait pas réduite dans une activité respectant les LF et permettant des pauses d'environ 10 Minutes par heure de travail.

**- À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité ou l'incapacité de travail de Mme B. \_\_\_\_\_ dans une activité de ce type sur le marché ordinaire du travail par rapport à un emploi à 100% ?**

CT : 50%

IT : 50%

**- Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué au fil du temps ? à savoir depuis quelle date, évolution, pronostic pour le futur ?**

La CT de l'assurée dans une activité respectant les LF est de 50% dès le 01.09.2021.

Le pronostic est réservé et dépendra de l'évolution des troubles dégénératifs lombaires et particulièrement des troubles dégénératifs cervicaux. »

Par duplique du 19 février 2025, l'intimé a maintenu sa position. Il a produit un avis du 31 janvier 2025, dans lequel le SMR a conclu que son examen bidisciplinaire était plus détaillé, complet et convaincant que l'expertise orthopédique et qu'il n'existait pas d'élément en faveur d'une aggravation objective de l'état de santé de la recourante.

## **En droit :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

**b)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

Dans le cas présent, la décision litigieuse du 15 juillet 2024 fait suite à la demande de prestations déposée le 23 février 2022 par la recourante. Le nouveau droit en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022 trouve donc application.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché

du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, les quotités de la rente sont les suivantes lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 % :

Taux d'invalidité	Quotité de la rente
49 %	47,5 %
48 %	45 %
47 %	42,5 %
46 %	40 %
45 %	37,5 %
44 %	35 %
43 %	32,5 %
42 %	30 %
41 %	27,5 %
40 %	25 %

L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

**c)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

**4. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe

des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

**c)** Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale, bien qu'ils ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 ; TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3, 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 et 9C\_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié in ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

**5. a)** Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative

(ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; TF 8C\_105/2022 du 12 juillet 2022 consid. 4.1).

**b)** Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_253/2024 du 17 octobre 2024 consid. 3.3).

**c)** En l'espèce, le rapport d'expertise du 19 décembre du Dr W.\_\_\_\_\_ est postérieur à la décision litigieuse. Il doit cependant être pris en considération, dès lors qu'il est étroitement lié à l'objet du litige, à savoir la capacité de travail résiduelle de la recourante, et se réfère à la situation antérieure à la date de la décision.

**6. a)** En l'espèce, il ressort du dossier que, de l'avis unanime des médecins, la recourante présente une incapacité totale de travail dans son activité de sommelière, en raison de discopathies étagées prédominant en C3-C4 avec, à cet étage, un léger antélisthésis de C3 sur C4 sur arthrose postérieure et MODIC de type 1 et de lombalgies chroniques dans le cadre de discopathies L4-L5 et L5-S1. Cet élément n'étant pas contesté, il convient dès lors uniquement d'analyser la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée.

**b)** Pour évaluer la capacité résiduelle de la recourante, le SMR a réalisé le 8 janvier 2024 un examen clinique de médecine physique, réadaptation et psychiatrique. A titre liminaire, il sied de relever que le volet psychiatrique du rapport du 23 janvier 2024 n'est pas contesté et qu'il n'y a donc pas lieu de s'écarter de la conclusion selon laquelle l'intéressée ne souffre pas d'une affection psychique incapacitante.

Pour le volet de médecine physique et réadaptation, le SMR a confié l'examen au Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste dans le domaine, qui a retenu

une capacité de travail de 75 % depuis septembre 2021 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante, à savoir pas de port de charges répétitif au-delà de 4 kg, pas de posture en porte-à-faux lombaire, pas de posture statique de la colonne lombaire et de la colonne cervicale, une nécessité de changer de position assise/debout au moins une fois par heure, pas d'activité prolongée au-dessus de l'horizontale, pas de mouvements répétitifs de rotation ou flexion-extension de la colonne cervicale ou lombaire et un besoin de favoriser des activités permettant de petits déplacements.

**c)** La recourante conteste cette appréciation en se fondant sur l'expertise privée du 19 décembre 2024 du Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Celui-ci a considéré que la capacité de travail résiduelle de l'intéressée était de 50 % depuis septembre 2021. A titre de limitations fonctionnelles, il a retenu le port de charges supérieures à 2-3 kg, les travaux en porte-à-faux, les postures statiques du rachis cervical ou lombaire, les travaux au-dessus de l'horizontale, les mouvements répétitifs du rachis cervical ou lombaire en rotation, flexion-extension, ainsi que la nécessité de changer de position deux fois par heure et de faire des courts déplacements.

**d)** Fondées sur une étude complète et circonstanciée du dossier, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du Dr W.\_\_\_\_\_. En effet, son analyse de la situation médicale de la recourante permet d'apprécier valablement les atteintes à la santé dans leur globalité et leurs répercussions sur la capacité de travail résiduelle. Les développements de l'expert montrent qu'il a eu accès à l'intégralité du dossier, notamment au rapport d'examen du SMR et au rapport d'IRM cervicale du 12 mars 2024 dont le SMR n'a pas disposé. En outre, il a méthodiquement discuté des pathologies orthopédiques de la recourante en expliquant en quoi elles étaient incapacitantes et quelles limitations fonctionnelles elles causaient, et en comparant les diagnostics des médecins qui se sont précédemment prononcé avec les siens. Il a notamment relevé que l'IRM du 12 mars 2024 montrait des signes évidents d'aggravation, que les douleurs décrites par la recourante étaient fortes et que l'attitude durant son examen dénotait un

grand inconfort, se traduisant notamment par de grandes difficultés dans la réalisation des exercices de mobilité.

On ne saurait ainsi dénier la valeur probante du rapport d'expertise du 19 décembre 2024 au motif que celui-ci n'est pas aussi détaillé que le rapport d'examen clinique du 23 janvier 2024, comme semble le prétendre le SMR dans son avis du 31 janvier 2025, dès lors que, d'une part, l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_ fournit suffisamment de précisions sur le plan orthopédique pour arriver à une conclusion cohérente et clairement motivée sur la capacité de travail de la recourante et que, d'autre part, le rapport d'examen clinique du SMR comprend également des développements sur le plan psychiatrique, sortant du champ de la médecine purement somatique et non pertinents en l'espèce.

Pour le surplus, la conclusion du Dr W. \_\_\_\_\_ selon laquelle la recourante présente une capacité de travail résiduelle de 50 % est également partagée par le Dr J. \_\_\_\_\_, également spécialiste en orthopédie (cf. rapport du 28 mai 2024) et par le Dr F. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 24 septembre 2022). Cette incapacité de travail de 50 % semble également ressortir du rapport du 15 mai 2023 du centre de formation E. \_\_\_\_\_, qui, malgré une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, a constaté que la recourante était régulièrement contrainte de partir de son poste aux alentours de 11h en raison de ses douleurs. A cet égard, le simple fait que le Dr D. \_\_\_\_\_ arrive à une conclusion différente concernant la capacité de travail constatée par le Dr W. \_\_\_\_\_ dans son expertise du 19 décembre 2024 n'est pas suffisant pour remettre en cause les conclusions de cet expert. En effet, l'avis du Dr D. \_\_\_\_\_ apparaît ici comme une appréciation différente d'un même état de fait. De même, on ne saurait suivre le SMR lorsqu'il critique l'absence d'explication sur la différence entre la capacité de travail de 75 % retenue par le Dr D. \_\_\_\_\_ et celle de 50 %, dès lors qu'elle a été discutée et étayée par l'expert dans son rapport d'expertise du 19 décembre 2024. Au demeurant, les médecins du SMR n'expliquent aucunement pour quelles raisons ils se distancient des conclusions des médecins traitants, de sorte que même si l'on admettait cet

argument, cela aurait aussi pour conséquence d'invalider la conclusion du rapport d'examen du 23 janvier 2024.

**e)** Dès lors, au regard des considérations qui précèdent, il s'agit de confirmer les conclusions du rapport d'expertise du 19 décembre 2024 du Dr W.\_\_\_\_\_ et de retenir, depuis septembre 2021, une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante.

**7. a)** Une incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée ayant été reconnues depuis le mois de septembre 2021, il convient de calculer le degré d'invalidité de la recourante, afin de savoir si cette dernière peut prétendre à une rente. Le délai d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. *supra* consid. 3b) arrivant à échéant le 1<sup>er</sup> septembre 2022, il convient de calculer le degré d'invalidité de l'intéressé depuis cette date.

**b) aa)** Pour l'année 2022 (année de référence), le revenu sans invalidité de l'intéressée - extrapolé à 100 % - s'élevait à 59'977 fr. 14, ce qui correspondait au salaire de 2020 (59'146 fr. 25 ; cf. extrait du compte individuel AVS du 1<sup>er</sup> mars 2022) après indexation à 2022 (0,6 % en 2021 et 0,8 % en 2022 ; cf. Office fédéral de la statistique [ci-après : OFS], tableau T39 « *Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2024* »). Dès lors que la recourante n'a jamais repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, le revenu avec invalidité doit être déterminé à l'aune des tableaux TA1\_skill-level de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), publiés tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) en se fondant sur les données statistiques les plus récentes (cf. ATF 126 V 75 ; MARGIT MOSER-SZELESS, *in* Dupont/Moser-Szeless [édit.], *Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand*, 2<sup>e</sup> éd., Bâle 2025, n° 25, 25a et n° 33 *ad* art. 16). Sur cette base, il y a lieu d'arrêter le revenu avec invalidité de la recourante à 27'315 fr. 59 correspondant au salaire moyen touché par une femme dans des activités manuelles simples (ESS 2022, Tableau TA1\_tirage\_skill\_level, total femmes, niveau de compétence 1) après prise en compte d'une durée de travail de 41,7 heures dans cette

branche économique (cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine, T 03.02.03.01.04.01 ; salaire mensuel de 4'367 fr. pour 40 heures x 41,7 heures x 12 mois, pondéré à 50 %).

**bb)** La recourante a critiqué l'absence d'abattement dans le calcul du degré d'invalidité de l'intimé et estimé qu'une déduction supplémentaire aurait dû s'appliquer, sans toutefois chiffrer précisément le montant de celui-ci, la référence à la jurisprudence du Tribunal fédéral étant insuffisante à cet égard.

Selon l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 décembre 2023), édicté sur la base de l'art. 28a al. 1 LAI, si du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1<sup>bis</sup> RAI ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50 % ou moins, une déduction de 10 % pour le travail à temps partiel est opéré sur la valeur statistique.

Le Tribunal fédéral a estimé que cette disposition réglementaire était contraire au système légal et que, lorsque le revenu avec invalidité est déterminé sur la base de données statistiques, il convient d'examiner également la pertinence d'un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé conformément à la jurisprudence en vigueur avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 (ATF 150 V 410 consid. 9 et 10). Il y a lieu, en ce sens, de tenir compte de facteurs liés à la personne assurée susceptibles de réduire ses perspectives salariales, tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation, pour déterminer si les circonstances du cas d'espèce justifient une correction plus élevée (ATF 150 V 410 consid. 10.6 ; TF 9C\_111/2025 du 29 avril 2025 consid. 4.1). Sur la base d'une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé, la jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au plus (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75 consid. 5b/bb-cc), ce taux comprenant l'éventuelle déduction de 10 % pour le travail à temps partiel (lettre circulaire AI n° 445 du 26 août 2024 de l'Office fédéral des assurances sociales).

D'après la jurisprudence antérieure à la modification de l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI, le point de savoir s'il se justifie de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison des limitations fonctionnelles dépend de la nature de celles-ci ; une réduction à ce titre n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (TF 8C\_732/2019 du 19 octobre 2020 consid. 4.5 ; 8C\_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.3). Aussi y a-t-il lieu de déterminer si les limitations fonctionnelles constituent un facteur qui obligerait l'assuré à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne, soit entraînant un désavantage salarial (TF 8C\_679/2020 du 1<sup>er</sup> juillet 2021 consid. 6.2.1 ; 8C\_860/2018 du 6 septembre 2019 consid. 6.3.3).

Le Tribunal fédéral, sans reconnaître formellement un changement de sa jurisprudence publiée à l'ATF 126 V 75, n'admet une déduction en raison de l'absence de formation professionnelle, de la mauvaise maîtrise de la langue ou de l'ancienneté dans l'entreprise que de manière particulièrement restrictive lorsque le salaire médian de référence correspond à celui réalisé dans des activités simples et répétitives de niveau 1 (TF 8C\_112/2020 du 13 mai 2020 consid. 7.3 ; 8C\_314/2019 du 10 septembre 2019 consid. 6.2 et les références citées ; voir également la casuistique évoquée par DAVID IONTA, Fixation du revenu d'invalidé selon l'ESS, *in* : Jusletter du 22 octobre 2018, p. 26 ss).

**cc)** En l'espèce, la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée étant de 50 %, il convient de déterminer s'il se justifie d'appliquer un abattement supplémentaire, en sus de la déduction forfaitaire prévue par l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI (dans sa version au 31 décembre 2023).

Au vu des circonstances, il sied de constater qu'une déduction de 10 % sur le revenu d'invalidé prend suffisamment en compte les limitations fonctionnelles de l'intéressée, sans qu'il faille procéder à une correction de ce taux. En effet, il existe sur le marché du travail un éventail

suffisamment large d'activités dans lesquelles la recourante peut mettre à contribution sa capacité résiduelle de travail, sans qu'elle ne soit considérablement désavantagée économiquement par ses contraintes physiques. Aussi, bien qu'elle ait 50 ans en 2022, son âge ne rend pas illusoire la poursuite d'une activité lucrative adaptée. Enfin, son absence de formation n'apparaît pas ici comme un frein à une mise en valeur de sa capacité résiduelle, étant donné que son revenu est déjà calculé selon le niveau le plus bas des statistiques.

**dd)** Il découle de ce qui précède qu'une déduction supplémentaire de 10 % doit être appliquée au revenu avec invalidité de la recourante (27'315 fr. 59). Il s'élève ainsi à 24'584 fr. 03. Il résulte de la comparaison des revenus avec et sans invalidité (59'977 fr. 14) un degré d'invalidité de 59,01 %, arrondi à 59 % (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.3), lequel ouvre le droit à une rente d'un pourcentage équivalent, conformément à l'art. 28b al. 2 LAI.

**c)** Entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2024, la nouvelle teneur de l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI a désormais introduit une déduction forfaitaire de 10 % en cas de capacité fonctionnelle supérieure à 50 % et de 20 % autrement, lorsque le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques de l'OFS. Selon les dispositions transitoires relatives à cette modification, pour les rentes en cours à l'entrée en vigueur de cette modification qui correspondent à un taux d'invalidité inférieur à 70 % et pour lesquelles le revenu avec invalidité a été déterminé sur la base de valeurs statistiques et n'a pas déjà fait l'objet d'une déduction de 20 %, une révision est engagée dans les trois ans qui suivent l'entrée en vigueur de la modification et peut conduire à une augmentation de la rente, prenant effet au 1<sup>er</sup> janvier 2024 (cf. Dispositions transitoires relatives à la modification du 18 octobre 2023 ; RO 2023 635). En l'espèce, la rente de la recourante étant inférieure à 70 % au 1<sup>er</sup> janvier 2024, il y a lieu de procéder à la révision du calcul pour déterminer si cela implique une augmentation du degré d'invalidité.

En 2024, le revenu sans invalidité de l'intéressée - extrapolé à 100 % - s'élevait à 61'423 fr. 07, ce qui correspondait au salaire de 2020 (59'146 fr. 25) après indexation au premier trimestre 2024, à savoir les données statistiques les plus récentes à disposition de l'intimé au moment de sa décision du 15 juillet 2024 (0,6 % en 2021, 0,8 % en 2022, 1,8 % en 2023 et 0,6 % en 2024 ; cf. OFS, tableau T39 « *Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2024* » et tableau « *Estimation trimestrielle de l'évolution des salaires nominaux* »). Concernant le revenu avec invalidité, il y a désormais lieu d'appliquer une déduction forfaitaire de 20 %, compte tenu de l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI. Sur la base des tableaux TA1\_skill-level de l'ESS, il y a lieu d'arrêter le revenu avec invalidité de la recourante à 22'379 fr. 29 correspondant au salaire moyen touché par une femme dans des activités manuelles simples après prise en compte d'une durée de travail de 41,7 heures dans cette branche économique et après indexation au premier trimestre 2024 (salaire mensuel de 4'367 fr. pour 40 heures x 41,7 heures x 12 mois, indexation à 1,8 % en 2023 et 0,6 % en 2024, pondéré à 50 % et après déduction de 20 %). Il résulte de la comparaison de ces revenus un degré d'invalidité de 63,57 %, arrondi à 64 % (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.3), lequel ouvre le droit à une rente d'un pourcentage équivalent, conformément à l'art. 28b al. 2 LAI.

**c)** Partant, il convient de constater que c'est à tort que l'intimé a dénié le droit à une rente invalidité de la recourante. Celle-ci a droit à une rente de 59 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2022 et de 64 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2024.

**8. a)** Dans un dernier moyen, la recourante sollicite de l'intimé l'octroi de mesures professionnelles dès lors qu'elle possède un bon niveau de français.

**b)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les

mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (art. 16 LAI). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et référence citée), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée (TF 9C\_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et les références citées). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TFA I 370/98 du 26 août 1999 publié *in* : VSI 3/2002 p. 111 consid. 2 et les références citées).

En sus d'être nécessaire et adéquate, une mesure de réadaptation doit respecter le principe de la proportionnalité. Elle ne peut être accordée que s'il existe un équilibre raisonnable entre les frais occasionnés et le résultat escompté (ATF 130 V 163 consid. 4.3.3 ; 124 V 108 consid. 2a et 121 V 258 consid. 2c, avec les références citées ; TF 9C\_290/2008 du 27 janvier 2009 consid. 2.1 ; cf. également : MICHEL VALTERIO, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 10 *ad* art. 8 LAI).

**c)** En l'espèce, en se fondant sur le rapport d'orientation d'E.\_\_\_\_\_ du 15 mai 2023, l'intimé a considéré qu'en raison de l'absence de formation et des lacunes en français, aucune mesure simple et adéquate ne permettrait de réduire le préjudice économique.

Au vu des circonstances du cas, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'intimé. En effet, dès lors que, pour diminuer le préjudice économique et obtenir un revenu avec invalidité sensiblement supérieur à celui déduit de l'ESS, il faudrait que la recourante entreprenne une formation donnant accès à un poste de niveau de compétence 2 ou supérieur selon le tableau TA1\_skill\_level. Or une formation qualifiante, de type CFC, n'est pas envisageable, dès lors que la recourante dispose d'une capacité de travail résiduelle de 50 %, qu'elle éprouve des difficultés en raison de ses douleurs et connaît des difficultés linguistiques. En outre, lors de l'examen clinique du SMR, elle a également exprimé ne pas se sentir capable de reprendre une activité professionnelle. Dans ce contexte, il n'existe donc pas de démarche simple et adéquate de nature à réduire le préjudice économique encouru par la recourante.

**d)** C'est le lieu de rappeler qu'une mesure d'aide au placement peut en tout temps être octroyée par demande écrite afin que la recourante reçoive un soutien de l'intimé pour retrouver un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles, comme cela ressort de la décision litigieuse du 15 juillet 2024.

**9. a)** En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision litigieuse réformée en ce sens que B. \_\_\_\_\_ a droit à une rente d'invalidité de 59 % du 1<sup>er</sup> septembre 2022 au 31 décembre 2023 et de 64 % à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

**c) aa)** Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font

partie des frais de procédure. Les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 115 V 62 consid. 5c ; TF 9C\_395/2023 du 11 décembre 2023 consid. 6 ; 9C\_519/2020 du 6 mai 2021 consid. 2.2 et les références citées).

**bb)** La recourante a requis que les frais du rapport d'expertise privée soient mis à la charge de l'OAI. Il apparaît que cette expertise a permis de mettre en lumière les lacunes de l'instruction menée par l'OAI et de justifier l'admission partielle du recours. Les frais du rapport d'expertise, par 5'250 fr. selon de la facture établie le 20 décembre 2024, seront par conséquent mis à la charge de l'OAI.

**c)** La recourante obtient partiellement gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision rendue le 15 juillet 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que B.\_\_\_\_\_ a droit à une rente d'invalidité de 59 % du 1<sup>er</sup> septembre 2022 au 31 décembre 2023 et de 64 % à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. Les frais de l'expertise privée, par 5'250 fr. (cinq mille deux cent cinquante francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Audrey Gohl, pour B. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne)  
dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :